

RESILIENSI PADA PASIEN STROKE RINGAN DITINJAU DARI JENIS KELAMIN

Nourma Ayu Safithri Purnomo

Fakultas Psikologi, Universitas Muhammadiyah Malang
ayunourma@gmail.com

Resiliensi dapat diartikan sebagai kemampuan merespon secara fleksibel dalam mengubah kebutuhan situasional dan kemampuan untuk bangkit dari pengalaman emosional yang negatif. Setiap orang harus memiliki resiliensi yang baik agar terhindar dari segala permasalahan begitu juga pada pasien stroke yang diketahui rentan mengalami depresi. Subyek penelitian ini adalah 7 pasien stroke ringan di Poli Neurologi RSUD DR. Saiful Anwar Malang. Alat pengumpulan data menggunakan skala resiliensi-14. Analisa data pada penelitian ini menggunakan uji non parametrik dengan teknik uji *mann-whitney u*. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan resiliensi diantara pasien stroke ringan laki-laki dan perempuan dengan nilai asyp sig, (2-tailed) $0,480 > 1/2 \alpha$, $\alpha = 0,01$.

Katakunci: Resiliensi, stroke ringan

Resilience can be defined as the ability to flexibly respond to change situational need and ability to rise from a negative emotional experience. Everyone must have good resilience to avoid problem like happened stroke patients who have known they got depression easily. This research have purpose to know differences of resilience among male and female of minnistroke patients. Subjects of this research were 7 minnistroke patients in Neurology Polyclinic of RSUD DR. Saiful Anwar Malang. Instrument of data collection used resilience scale-14. The data analysis in this research used a non parametric test with white man u technique. The result data analysis showed that there were no differences of resilience among male and female patients of minnistroke with asyp sig value (2- tailed) of $0,480 > 1/2 \alpha$; $\alpha = 0,01$.

Keywords: Resilience, minni stroke or TIA.

Perkembangan iptek menciptakan banyak perubahan dalam sisi kehidupan manusia. Hal tersebut dapat dilihat dari gaya hidup, pola makan, dan pola pikir manusia. Perkembangan jaman juga menawarkan berbagai macam tantangan. Setiap manusia harus mampu melawan segala tantangan yang silih berganti datang menghampiri sisi kehidupan manusia. Tantangan kehidupan dapat berupa berbagai macam permasalahan dan kejadian-kejadian yang bersifat menyenangkan ataupun menyakitkan. Kemampuan untuk bertahan, menyesuaikan, dan bangkit dari keadaan yang sulit dikenal dengan sebutan resiliensi. Resiliensi secara psikologi dapat diartikan sebagai kemampuan merespon secara fleksibel untuk mengubah kebutuhan situasional dan kemampuan untuk bangkit dari pengalaman emosional yang negatif, yaitu faktor resiko dan faktor pelindung (Block & Block, Block & Kremen, Lazarus dalam Tugade & Fredrickson, 2005). Menurut Connor (2006) resiliensi disebut sebagai keterampilan *coping* saat dihadapkan pada tantangan hidup atau proses individu untuk tetap sehat (*wellness*) dan terus memperbaiki diri (*self repair*). Reivich dan Chatte (2002) menambahkan bahwa resiliensi merupakan proses merespon sesuatu dengan cara yang sehat dan produktif ketika berhadapan dengan kesengsaraan (*adversity*) atau trauma terutama untuk mengendalikan tekanan hidup sehari-hari.

Disisi lain, Wagnild dan Young (1993) menyebutkan bahwa terdapat 5 karakteristik resiliensi yang terdiri dari *perseverance*, *self reliance*, *meaningfulness*, *equanimity*, dan *existential aloness*. Isaacson (2002) menyebutkan bahwa ada sembilan faktor yang terlihat memiliki hubungan dengan resiliensi, yaitu usia, dukungan sosial, kontrol diri, kompetensi, penghargaan terhadap diri, watak, kedewasaan sosial, kebutuhan untuk berprestasi, dan kemampuan untuk mengatasi peristiwa masa lalu. Pada hasil penelitian juga dilaporkan bahwa emosi positif juga memiliki hubungan yang positif terhadap resiliensi. Berbagai macam metode penelitian (*self report*, observasi, penelitian longitudinal) juga menyatakan bahwa resiliensi merupakan karakteristik yang ada didalam emosi positif. Resiliensi dan emosi positif merupakan pendekatan positif yang dapat digunakan dalam menjalani kehidupan dan alat yang dapat digunakan untuk mengetahui dan membuka berbagai macam pengalaman baru. Emosi positif pun memiliki peran dalam membantu sifat-sifat resiliensi yang ada dalam individu untuk dapat terlahir kembali dari situasi emosi negatif yang dialami sebelumnya (Tugade & Fredrickson, 2004).

Berdasarkan penjelasan diatas, diketahui bahwa resiliensi memiliki makna penting dalam hidup manusia. Perkembangan resiliensi dalam kehidupan akan membuat individu mampu mengatasi stres, trauma, dan masalah lainnya dalam proses kehidupan (Henderson, 2003). Jika individu tidak memiliki resiliensi dalam dirinya, maka individu tersebut akan menjadi lemah dan tak berdaya. Hal ini dapat dilihat dari keadaan pada para pasien stroke. Secara umum, stroke digunakan sebagai sinonim *cerebro vascular disease* (CVD) dan Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Di Indonesia (KIPDI) mengistilahkan stroke sebagai penyakit akibat gangguan peredaran darah otak (GPDO). Stroke atau gangguan aliran darah di otak disebut juga sebagai serangan otak (*brain attack*), merupakan penyebab cacat (disabilitas, invaliditas). Stroke juga diartikan sebagai kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke

bagian otak, dimana secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal yang terganggu. Keadaan ini sering merupakan kulminasi penyakit serebrovaskular selama beberapa tahun. Individu yang mengalami suatu keadaan setelah terdiagnosa stroke disebut sebagai insan pasca stroke (Kneebone & Nadina, 2012). Stroke dapat menyerang siapa saja. Berdasarkan Data Yayasan Stroke Indonesia tahun 2003, tercatat 1,55% dari 193 orang yang terserang stroke berada di usia muda. Meskipun batas usia tidak ditentukan secara tegas. Timbulnya penyakit stroke dapat terus berkembang sejalan meningkatnya usia, tetapi akhir-akhir ini ditemukan bahwa seperempat penyakit stroke terjadi pada usia dibawah 60 tahun. Stroke dan penyakit serebrovaskuler adalah penyebab kematian utama kedua setelah jantung. Tercatat lebih dari 4,6 juta meninggal di seluruh dunia, dua dari tiga kematian terjadi di negara sedang berkembang (WHO, 2003). Bahkan, saat ini Indonesia merupakan negara dengan jumlah pasien stroke terbesar di Asia (Yastroki, 2007).

Mansjoer menyatakan bahwa terdapat 2 faktor resiko yang dapat menyebabkan stroke, diantaranya faktor yang tidak dapat diubah meliputi usia, jenis kelamin pria, ras, riwayat keluarga, riwayat TIA atau stroke, penyakit jantung koroner, fibrilasi atrium. Sedangkan faktor yang dapat diubah meliputi hipertensi, diabetes melitus, merokok, penyalahgunaan alkohol atau obat, kontrasepsi oral, hamatrokit meningkat. Stroke memiliki akibat psikologis bagi para pasiennya. Orang-orang yang mengalami stroke mengalami perubahan emosi, perilaku, dan kerusakan pada fungsi kognisinya. Perubahan-perubahan emosi itu meliputi *depression 30%, catastrophic reaction 20%, involuntary emotional expression disorder 20-30%, apathy 27%, generalized anxiety disorder 22%-28%, post traumatic stress reaction 10%-30%, fear of falling 60%, anger 17%-35%*. Lumbantobing (2002) mengatakan bahwa depresi sering dijumpai pada pasien stroke, baik pada masa akut, maupun masa kronik. Menghadapi mundurnya mobilitas, kekuatan fisik, kesulitan kerja, hobi, kemampuan kognitif akan mencetuskan munculnya depresi. Banyak pasien yang menilai harga dirinya dari sudut pandang kemampuan aktivitasnya. Diperkirakan sekitar 26-60% pasien stroke menunjukkan gejala klinis depresi. Selain itu, stroke juga menjadi masalah yang sangat berat baik bagi pasien maupun keluarga. Seorang pasien stroke tidak mungkin kembali bekerja seperti keadaan sebelum serangan, dia juga akan kehilangan kemampuan berkomunikasi dengan orang lain ataupun merawat dirinya sendiri. Stroke paling sering dijumpai di antara orang-orang dalam usia menengah dan usia lanjut.

Stroke secara umum dibagi 2 jenis yaitu stroke iskemik dan stroke berdarah. Pada stroke iskemik yang disebabkan oleh melambatnya atau terhentinya aliran darah ke sebagian otak pasiennya biasanya tetap dalam keadaan sadar. Sedangkan pada stroke berdarah, pasiennya mengalami pendarahan di otak (Dewanto, 2009). Selain itu, ada juga yang dikenal dengan sebutan *minnistroke/stroke ringan* atau dikenal dengan TIA (*transient ischemic attack*). TIA merupakan bagian dari stroke iskemik ditinjau dari perkembangan waktunya. TIA merupakan defisit neurologis yang membaik dalam waktu kurang dari 30 menit/gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak dan akan menghilang dalam waktu 24 jam (Dewanto, 2009).

TIA menjadi peringatan serius sebelum terjadi stroke. Sekitar 43% orang yang mengalami stroke telah mengalami TIA dalam jangka 1 minggu sebelumnya (Gladson, 2006). TIA yang terjadi dapat berasal dari berkurangnya aliran darah yang melalui pembuluh darah, seperti terjadinya penurunan tekanan darah dan penyumbatan oleh emboli seperti timbulnya plak di lengkung aorta /pembuluh ekstrakranial atau dari hati. (Dewanto, 2009). Pada pasien TIA mengalami defisit tanpa kerusakan yang permanen namun TIA dapat kambuh dan dapat diikuti oleh defisit permanen yang mengakibatkan terjadinya stroke. TIA dapat memiliki tingkat stroke berulang dalam waktu 48 jam dan oleh karena itu penanganan yang dilakukan secara cepat dapat menjadi bagian penting untuk menghindari terjadinya stroke. Lebih dari 1/3 pasien TIA mengalami stroke dalam kurun waktu 5 tahun. TIA merepresentasikan mengenai 10% dari gangguan otak. Selain itu diantara 10 sampai 50 persen dari tiap jenis stroke yang ada, didahului oleh TIA, jika hal tersebut tidak diobati sekitar sepertiga dari semua orang yang memiliki TIA dapat mengalami stroke dalam lima tahun terakhir. Gejala-gejala TIA mirip pada pasien yang mengalami stroke yang mengalami kelemahan atau mati rasa pada salah satu sisi tubuh, ketidakmampuan untuk berbicara atau memahami bahasa, atau kurangnya koordinasi gerak kecuali pada mereka yang sudah sembuh dari TIA yang dialami sebelumnya (Brass, TT). Pasien TIA harus segera dirujuk ke dokter saraf yang dapat memberikan pelayanan diagnosis dan tatalaksana secara tepat. Tatalaksana ini termasuk nasihat pencegahan sekunder, manajemen farmakologis, dan akses operasi vaskular bilamana dibutuhkan dalam waktu 2 minggu.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Toole, *et al*; Baker, *et al*, Goldneet al; Marshall (Barends, 2004) usia rata-rata pasien TIA adalah 59,25 tahun. Pada umur 30-54 tahun rata-rata jumlah pasien TIA sebesar 25,25%. Pada umur 55-64 tahun rata-rata jumlah pasien TIA sebesar 42,25%. Pada umur lebih dari 64 tahun rata-rata jumlah pasien TIA sebesar 32,25%. Menurut DYKEN. M.L umur rata-rata dari pasien TIA adalah 63 tahun. TIA terdapat lebih banyak pada laki-laki kecuali pada umur yang lebih dari 80 tahun yang menunjukkan lebih banyak dialami oleh wanita. Menurut Toole perbandingan laki-laki dan wanita adalah 2:1. Prevalensi TIA pada penduduk kulit putih lebih tinggi dibandingkan dengan penduduk kulit hitam. Menurut DYKEN. M.L. hal ini mungkin disebabkan karena pada penduduk kulit hitam sering tidak memeriksakan kesehatannya ke rumah sakit sehingga tidak mengetahui jika mengalami TIA (dalam I4six, TT).

Jumlah pasien stroke ringan atau TIA memiliki jumlah yang sedikit. Hal ini didukung oleh penyelidikan di Rochester-Minnesota (1955-1969) yang menunjukkan angka kejadian pada pasien stroke ringan atau TIA terjadi pada umur 55-64 tahun yaitu kurang dari satu per 1000 penduduk per tahun. Pada umur 65-74 tahun yaitu dua per 1000 penduduk per tahun. Sedangkan pada umur 75 tahun atau lebih yaitu tiga per 1000 penduduk pertahun. Selain itu, menurut penyelidikan di Evans Cuncy angka kejadiannya terjadi pada umur 30-70 tahun yaitu 1,1 per 1000 penduduk kulit putih pertahun. Menurut penyelidikan Framingham angka kejadian pertahun pada laki-laki yang mengalami TIA berumur 50-62 tahun adalah 1,2 per 1000 penduduk. Sedangkan pada wanita yang mengalami TIA berumur 50-62 tahun adalah 1,3 per 1000 penduduk per tahun (dalam I4six, TT). Dan hasil ini pun sesuai dengan informasi yang diperoleh dari salah satu Dokter Spesialis Saraf RSUD DR Saiful Anwar Malang yang diketahui

bahwa pasien stroke ringan atau TIA memiliki jumlah yang sedikit dan jarang ada di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien stroke sumbatan ataupun stroke pendarahan (hemoragik).

Jenis kelamin merupakan pensifatan atau pembagian dua jenis kelamin manusia yang ditentukan secara biologis melekat pada jenis kelamin tertentu dan berkaitan dengan ciri fisik dan alat reproduksi. Secara biologis alat tersebut tidak dipertukarkan. Hal ini sudah merupakan ketentuan biologis atau kodrati (Fakih, 1996). Pada dasarnya jenis kelamin seringkali dikaitkan dengan gender, dimana jenis kelamin merupakan penggolongan dan pensifatan secara biologis yang melekat pada jenis kelamin tertentu tidak dapat dipertukarkan dan bersifat permanen atau kodrati (Handayani dan Sugiarti, 2006). Perbedaan secara biologis yang melekat pada wanita dan laki-laki ini juga menyebabkan banyak perbedaan yang terjadi pada perilaku diantara mereka masing-masing di dalam berbagai aspek kehidupan. Michael Guriaan dalam bukunya *What Could He Be Thinking? How a Man's Mind Really Works* (2005) menjelaskan, perbedaan antara otak laki-laki dan perempuan terletak pada ukuran bagian-bagian otak. Otak perempuan lebih banyak mengandung serotonin yang membuatnya bersikap tenang. Tak aneh jika wanita lebih kalem ketika menanggapi ancaman yang melibatkan fisik, sedangkan laki-laki lebih cepat naik pitam. Selain itu, otak perempuan juga memiliki oksitosin, yaitu zat yang mengikat manusia dengan manusia lain atau dengan benda lebih banyak. Dua hal ini mempengaruhi kecenderungan biologis otak pria untuk tidak bertindak lebih dahulu ketimbang bicara (dalam Asmita, 2007). Disisi lain jika dilihat dari penyesuaian sosial, laki-laki dan perempuan memiliki kemampuan penyesuaian sosial yang berbeda. Hal ini di sebabkan karena adanya perbedaan perlakuan antara perempuan dan laki-laki di dalam masyarakat Perbedaan antara perempuan dan laki-laki ini juga terlihat dari ciri-ciri kepribadian yang berbeda di mana Erikson berpendapat bahwa karena struktur jenis kelamin, laki-laki dikatakan lebih suka mengganggu dan agresif sedangkan perempuan lebih inklusif dan pasif sehingga laki-laki lebih banyak mengalami permasalahan dengan lingkungan sosialnya (Santrock, 2002).

Meskipun seperti yang telah dikemukakan diatas bahwa perempuan memiliki penyesuaian sosial yang lebih baik dari laki-laki namun dalam beberapa penelitian yang lain juga diterangkan bahwa laki-laki memiliki beberapa aspek dalam dirinya yang lebih baik daripada perempuan. Seperti yang dikatakan oleh Hamilton dan Fagot (1988) bahwa laki-laki cenderung menggunakan *problem-focused coping* karena laki-laki biasanya menggunakan rasio atau logika selain itu laki-laki terkadang kurang emosional sehingga mereka lebih memilih untuk langsung menyelesaikan masalah yang dihadapi atau langsung menghadapi sumber stres. Sedangkan perempuan lebih cenderung menggunakan *emotion-focused coping* karena mereka lebih menggunakan perasaan atau lebih emosional sehingga jarang menggunakan logika atau rasio yang membuat wanita cenderung untuk mengatur emosi dalam menghadapi sumber stres atau melakukan penyelesaian secara religius dimana wanita lebih merasa dekat dengan tuhan dibandingkan dengan pria. Selain itu, banyak penelitian juga menunjukkan jumlah perempuan yang mengalami depresi dua kali lebih banyak dibandingkan laki-laki (Davison, 2006). Bahkan sejumlah penelitian menemukan perempuan tiga kali lebih rentan terhadap depresi dibandingkan laki-laki (Kring, 2007). Brizendine (2007) mengatakan bahwa ada perbedaan respon terhadap konflik antara laki-laki dan

perempuan. Otak perempuan memiliki kewaspadaan yang negatif terhadap konflik dan stress. Pada perempuan konflik memicu hormon negatif sehingga memunculkan stres, gelisah dan rasa takut. Laki-laki sering kali menikmati konflik dan persaingan, bahkan mereka menganggap bahwa konflik memberikan dorongan yang positif.

Hasil penelitian yang dilakukan Barends (2004) menunjukkan bahwa laki-laki memiliki keyakinan yang lebih baik dalam memecahkan masalah dan lebih memiliki kompetensi untuk menguasai tugas atau situasi yang sulit dan lebih positif dibandingkan dengan wanita. Dalam penelitian Major (1999) juga menunjukkan bahwa wanita memiliki kemampuan yang lebih rendah untuk menanggung risiko dibandingkan dengan laki-laki. Ditambahkan lagi penelitian menurut Einsenberg (2003) laki-laki memiliki kemampuan beradaptasi lebih baik dalam menghadapi berbagai macam kondisi untuk mengubah keadaan dan fleksibel dalam memecahkan masalah, sedangkan perempuan memiliki fleksibilitas adaptif yang kecil, tidak mampu untuk bereaksi terhadap perubahan keadaan, cenderung keras hati atau menjadi kacau ketika menghadapi perubahan atau tekanan, serta mengalami kesukaran untuk menyesuaikan kembali setelah mengalami pengalaman traumatik. Dari informasi diatas menunjukkan bahwa laki-laki memiliki resiliensi yang lebih baik daripada perempuan. Hal ini pun didukung oleh penelitian di Indonesia yang dilakukan oleh Rinaldi (2010) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan resiliensi yang sangat signifikan diantara laki-laki dan perempuan pada masyarakat kota Padang dimana laki-laki memiliki resiliensi yang lebih baik daripada perempuan.

Kesimpulan dari hasil penelitian diatas yang menyatakan bahwa laki-laki memiliki resiliensi yang lebih baik daripada perempuan diketahui hanya dilakukan pada laki-laki dan perempuan yang tidak mengalami suatu penyakit tertentu (pasien). Sementara itu, disini lain ditemukan penelitian pada seorang pasien kanker yang menjalani kemoterapi yang menyatakan bahwa dukungan emosional dan partisipasi keluarga memiliki pengaruh yang besar dalam diri seorang pasien kanker yang sedang menjalani kemoterapi, dimana pasien tidak akan merasa sendiri dan akan merasa berkurang bebannya karena dapat mencurahkan segala perasaannya (Saragih, 2010). Hal tersebut menunjukkan bahwa dukungan keluarga ataupun lingkungan sekitar merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh pasien, baik pada pasien laki-laki dan perempuan. Selain itu, diketahui juga bahwa dukungan sosial merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi resiliensi pada individu (Holaday & Phearson, 1997). Oleh karena itu berdasarkan informasi yang didapatkan, peneliti tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui apakah masih terdapat perbedaan resiliensi pada seorang pasien jika ditinjau dari jenis kelamin.

Penelitian ini akan dilakukan di Poli Neurologi RSUD DR Saiful Anwar Malang. Subyek penelitian ini adalah pasien stroke ringan. Pemilihan subyek dengan pasien stroke ringan ini dilakukan karena peneliti ingin mendapatkan data penelitian yang langsung didapatkan dari pasien stroke ringan, dimana diketahui bahwa pasien stroke ringan mengalami serangan otak yang tidak permanen dan membaik dalam waktu kurang dari 24 jam (Dewanto, 2009) sehingga pasien stroke ringan hanya melakukan rawat jalan di rumah sakit dengan mendapatkan obat-obatan dari dokter dan tidak perlu sampai melakukan rawat inap jika pasien stroke ringan mendapatkan perawatan yang

cepat dan tepat dari tim medis. Oleh karena itu, para pasien stroke ringan masih memiliki kesehatan dan kemampuan komunikasi serta berpikir yang lebih baik jika diminta untuk mengisi skala RS-14 yang akan diberikan oleh peneliti.

Resiliensi

Resiliensi secara psikologi dapat diartikan sebagai kemampuan merespon secara fleksibel untuk mengubah kebutuhan situasional dan kemampuan untuk bangkit dari pengalaman emosional yang negatif (Block & Block, Block & Kremen, Lazarus dalam Tugade, Fredrickson & Barret, 2005). Menurut Reivich & Shatte (2002) dan Norman (dalam Helton & Smith, 2004), resiliensi merupakan kemampuan seseorang untuk bertahan, bangkit, dan menyesuaikan dengan kondisi yang sulit. Individu yang memiliki resiliensi mampu untuk secara cepat kembali kepada kondisi sebelum trauma, terlihat kebal dari berbagai peristiwa- peristiwa kehidupan yang negatif, serta mampu beradaptasi terhadap stres yang ekstrim dan kesengsaraan (Holaday, 1997). Tidak berbeda dengan penjelasan diatas Newcomb (dalam LaFramboise, *et al.*, 2006) melihat resiliensi sebagai suatu mekanisme perlindungan yang memodifikasi respon individu terhadap situasi yang beresiko pada titik-titik kritis sepanjang kehidupan seseorang.

Karakteristik Resiliensi

Wagnild dan Young (2009) menyebut ada lima karakteristik resiliensi yaitu (1) *Perseverance* yaitu suatu sikap individu tetap bertahan dalam menghadapi situasi yang sulit. *Perseverance* juga dapat berarti keinginan seseorang untuk terus berjuang dalam mengembalikan kondisi seperti semula. Dalam karakteristik dalam *perseverance* ini dibutuhkan kedisiplinan pada diri individu ketika berjuang menghadapi situasi yang sulit dan kurang menguntungkan baginya, (2) *Equanimity* yaitu suatu perspektif yang dimiliki oleh individu mengenai hidup dan pengalaman-pengalaman yang dialaminya semasa hidup yang dianggap merugikan. Namun demikian individu harus mampu untuk melihat dari sudut pandang yang lain sehingga ia dapat melihat hal-hal yang lebih positif daripada hal-hal negatif dari situasi sulit yang sedang dialami. *Equanimity* juga menyangkut karakteristik humor. Oleh karena itu individu yang resilien dapat menertawakan situasi apapun yang sedang dihadapi, melihat situasi tersebut dari hal yang positif, dan tidak terjebak pada hal-hal negatif yang terdapat didalamnya, (3) *Meaningfulness* yaitu kesadaran individu bahwa hidupnya memiliki tujuan dan diperlukan usaha untuk mencapai tujuan tersebut. Wagnild (2010) menyebutkan bahwa karakteristik ini merupakan karakteristik resiliensi yang paling penting dan menjadi dasar dari keempat karakteristik yang lain karena menurutnya hidup tanpa tujuan sama dengan sia-sia karena tidak memiliki arah dan tujuan yang jelas. Tujuan mendorong individu untuk melakukan sesuatu dalam hidup tak terkecuali ketika ia mengalami kesulitan, tujuanlah yang membuat individu terus berjuang menghadapi kesulitan tersebut, (4) *Self Reliance* yaitu keyakinan pada diri sendiri dengan memahami kemampuan dan batasan yang dimiliki oleh diri sendiri. Individu yang resilien sadar akan kekuatan yang ia miliki dan mempergunakannya dengan benar sehingga dapat menuntun setiap tindakan yang ia lakukan. Karakteristik ini didapat dari berbagai pengalaman hidup yang dialami sehari-hari dan dapat meningkatkan keyakinan individu akan kemampuan dirinya sendiri. Individu yang resilien mampu belajar dari pengalaman hidup yang didapatnya setiap hari dan mampu mengembangkan berbagai

pemecahan masalah yang dihadapinya, (5) *Existential Aloness* yaitu kesadaran bahwa setiap individu unik dan beberapa pengalaman dapat dihadapi bersama namun ada juga yang harus dihadapi sendiri. Individu yang resilien belajar untuk hidup dengan keberdayaan dirinya sendiri. Individu tidak terus menerus mengandalkan orang lain, dengan kata lain mandiri dalam menghadapi situasi sulit apapun sehingga individu menjadi lebih menghargai kemampuan yang dimilikinya. Karakteristik *existential aloness* bukan berarti tidak menghiraukan pentingnya berbagi pengalaman dan merendahkan orang lain, melainkan menerima diri sendiri apa adanya.

Aspek-Aspek Resiliensi

Wolin dan Wolin (1994) mengemukakan tujuh aspek utama yang dimiliki oleh individu, yaitu (1) *Insight* yaitu proses perkembangan individu dalam merasa, mengetahui, dan mengerti masa lalunya untuk mempelajari perilaku-perilaku yang lebih tepat, (2) *Independence* yaitu kemampuan untuk mengambil jarak secara emosional maupun fisik dari sumber masalah (lingkungan dan situasi yang bermasalah), (3) *Relationships*, individu yang resilien mampu mengembangkan hubungan yang jujur, saling mendukung dan berkualitas bagi kehidupan, memiliki *role model* yang baik, (4) *Initiative* yaitu keinginan yang kuat untuk bertanggung jawab terhadap hidupnya, (5) *Creativity* yaitu kemampuan memikirkan berbagai pilihan, konsekuensi, dan alternatif dalam menghadapi tantangan hidup, (6) *Humor* adalah kemampuan individu untuk mengurangi beban hidup dan menemukan kebahagiaan dalam situasi apapun, (7) *Morality* adalah kemampuan individu untuk berperilaku atas dasar hati nuraninya. Individu dapat memberikan kontribusinya dan membantu orang yang membutuhkan.

Faktor-Faktor Resiliensi :

Isaacson (2002) menyebutkan ada sembilan faktor yang terlihat memiliki hubungan dengan resiliensi, yaitu usia, dukungan sosial, kontrol diri, kompetensi, penghargaan terhadap diri, watak, kedewasaan sosial, kebutuhan untuk berprestasi, dan kemampuan untuk mengatasi peristiwa masa lalu.

Menurut Holaday & Phearson (1997), ada tiga faktor yang dapat mempengaruhi resiliensi, yaitu (1) *Psychological Resources* termasuk di dalamnya *locus of control internal*, empati dan rasa ingin tahu, cenderung mencari hikmah dari setiap pengalaman, dan selalu fleksibel dalam menghadapi situasi, (2) *Social Support* termasuk di dalamnya pengaruh budaya, dukungan komunitas, individu, keluarga. Budaya dan komunitas dimana individu tinggal juga dapat mempengaruhi resiliensi, (3) *Cognitive Skills* termasuk di dalamnya intelegensi, gaya *coping*, kemampuan untuk menghindari diri menyalahkan diri sendiri, kontrol personal, dan spritualitas.

Proses Resiliensi

Coulson (2006) mengemukakan empat proses yang dapat terjadi ketika seseorang mengalami situasi cukup menekan (*significant adversity*), yaitu (1) *Succumbing* (mengalah), merupakan istilah untuk menggambarkan kondisi yang menurun dimana individu mengalah atau menyerah setelah menghadapi suatu ancaman atau kondisi yang menekan. Level ini merupakan kondisi ketika individu menemukan atau mengalami

kemalangan yang terlalu berat bagi mereka. Penampakan (*outcomes*) dari individu yang berada pada kondisi ini berpotensi mengalami depresi dan biasanya penggunaan narkoba sebagai pelarian, dan pada tataran ekstrim dapat menyebabkan individu bunuh diri, (2) *Survival* (bertahan). Pada level ini individu tidak mampu meraih atau mengembalikan fungsi psikologis dan emosi yang positif setelah saat menghadapi tekanan. Efek dari pengalaman yang menekan membuat individu gagal untuk kembali berfungsi secara wajar (*recovery*), dan berkurang pada beberapa aspek. Individu pada kondisi ini dapat mengalami perasaan, perilaku, dan kognitif negatif berkepanjangan seperti, menarik diri, berkurangnya kepuasan kerja, dan depresi, (3) *Recovery* (pemulihan) merupakan kondisi ketika individu mampu pulih kembali (*bounce back*) pada fungsi psikologis dan emosi secara wajar, dan dapat beradaptasi terhadap kondisi yang menekan, meskipun masih menyisahkan efek dari perasaan yang negatif. Individu dapat kembali beraktivitas dalam kehidupan sehari-harinya, menunjukkan diri mereka sebagai individu yang resilien, (4) *Thriving* (berkembang dengan pesat). Pada kondisi ini individu tidak hanya mampu kembali pada level fungsi sebelumnya setelah mengalami kondisi yang menekan, namun mereka mampu minimal melampaui level ini pada beberapa aspek. Proses pengalaman menghadapi dan mengatasi kondisi yang menekan dan menantang hidup mendatangkan kemampuan baru yang membuat individu menjadi lebih baik. Hal ini termanifestasi pada perilaku, emosi, dan kognitif seperti, *sense of purpose of in life*, kejelasan visi, lebih menghargai hidup, dan keinginan akan melakukan interaksi atau hubungan sosial yang positif.

Stroke

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan dapat menimbulkan cacat atau kematian. Secara umum, stroke digunakan sebagai sinonim *cerebro vascular disease* (CVD) dan kurikulum Inti Pendidikan Dokter di Indonesia (KIPDI) mengistilahkan stroke sebagai penyakit akibat gangguan peredaran darah otak (GPDO). Stroke atau gangguan aliran darah di otak disebut juga sebagai serangan otak (*brain attack*), merupakan penyebab cacat (disabilitas, invaliditas).

Mansjoer menyatakan bahwa terdapat 2 faktor resiko yang dapat menyebabkan stroke, diantaranya faktor yang tidak dapat diubah meliputi usia, jenis kelamin pria, ras, riwayat keluarga, riwayat TIA atau stroke, penyakit jantung koroner, fibrilasi atrium. Sedangkan faktor yang dapat diubah meliputi hipertensi, diabetes mellitus, merokok, penyalahgunaan alkohol atau obat, kontrasepsi oral, hamatrokit meningkat. Etiologi stroke dikarenakan 3 hal yaitu (Dewanto, 2009): (1) Vaskuler: aterosklerosis, displasi fibromuskuler, inflamasi (*giant cell arteritis*, SLE, poliarteritis nodosa, angitiis granuloma, arteritis sifilitika, AIDS), diseksi arteri, penyalahgunaan obat, sindrom moyamoya, trombosis sinus, atau vena, (2) Kelainan jantung: thrombus mural, aritmia jantung, endokarditis infeksiosa dan noninfeksiosa, penyakit jantung rematik, penggunaan katup jantung prostetik, miksoma atrial, dan fibrilasi atrium, (3) Kelainan darah: trombotosis, polisitemia, anemia sel sabit, leukositosis, hiperkoagulasi, dan hiperviskositas darah.

Stroke secara umum dibagi 2 jenis yaitu stroke iskemik dan stroke berdarah (hemoragik). Pada stroke iskemik yang disebabkan oleh melambatnya atau terhentinya aliran darah ke sebagian otak pasiennya biasanya tetap dalam keadaan sadar. Sedangkan pada stroke berdarah, pasiennya mengalami pendarahan di otak. Banyak dari pasien stroke berdarah menurun kesadarannya ketika serangan terjadi (Dewanto, 2009).

Berdasarkan waktunya, stroke iskemik dibagi 2 macam, yaitu (Dewanto, 2009): (1) TIA (*transient ischemic attack*): Defisit nerologis yang membaik dalam waktu kurang dari 30 menit/Gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak yang akan menghilang dalam waktu 24 jam, (2) RIND (*reversible ischaemis neurological deficit*): Defisit neurologis membaik kurang dari 1 minggu/Gejala neurologik yang timbul akan menghilang dalam waktu lebih lama dari 24 jam, tapi tidak lebih dari seminggu.

Stroke Ringan atau TIA

TIA (*transient ischemic attack*) disebut juga sebagai stroke ringan. Stroke ringan atau TIA adalah defisit nerologis yang membaik dalam waktu kurang dari 30 menit/Gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak yang akan menghilang dalam waktu 24 jam (Dewanto, 2009). Serangan TIA menjadi penting karena episode ini menjadi peringatan terjadinya infarksi serebral (kematian jaringan otak). Pada pasien TIA mengalami defisit tanpa kerusakan yang permanen, tetapi TIA juga didefinisikan sebagai area berisiko yang dapat menyebabkan terjadinya stroke yang sesungguhnya. Oleh karena itu, evaluasi TIA harus diselesaikan dengan cepat. TIA dapat kambuh dan dapat diikuti oleh defisit permanen. TIA dapat memiliki tingkat stroke berulang dalam waktu 48 jam dan oleh karena itu penanganan yang dilakukan secara cepat dapat menjadi bagian penting untuk menghindari terjadinya stroke. Lebih dari 1/3 pasien TIA mengalami stroke dalam kurun waktu 5 tahun. TIA merepresentasikan mengenai 10% dari gangguan otak. Selain itu diantara 10 sampai 50 persen dari tiap jenis stroke yang ada, didahului oleh TIA, jika hal tersebut tidak diobati sekitar sepertiga dari semua orang yang memiliki TIA dapat mengalami stroke dalam lima tahun terakhir. TIA juga merupakan salah satu indikator terjadinya penyakit jantung koroner. Setiap tahun 5 persen dari mereka yang memiliki setidaknya satu kali mengalami TIA dapat mengalami serangan jantung. Siapapun yang telah mengalami TIA harus melakukan apa saja yang mungkin dapat mengurangi faktor risiko lainnya. Terapi obat atau pembedahan mungkin diperlukan untuk mengurangi risiko TIA berikutnya, stroke, ataupun serangan jantung (Brass, TT)

Gejala-gejala TIA yang ada berasal pada 2 bagian otak, yaitu Anterior (90%): belahan otak pada wilayah karotis, gangguan hemisensori, dispasia, kebutaan monokuler (amaurosis fugax) dan Posterior (7%): wilayah vertebrobasilar mengalami kehilangan kesadaran pada bagian bilateral ekstremitas motorik / gangguan sensorik, kebutaan vertigo, tinnitus, diplopia, disartria.

Sejumlah kecil penyebab terjadinya TIA sulit untuk dipastikan masuk ke dalam bagian mana yang mengalami gangguan, apakah pada bagian anterior atau posterior, contohnya pada dysartria dengan hemiparesis (Linsay & Ian, 2003). Disisi lain penyebab

terjadinya TIA dikaitkan oleh 2 hal yaitu berkurangnya aliran darah yang melalui pembuluh darah, seperti terjadinya penurunan tekanan darah. Contohnya: Jantung distimik berhubungan dengan penyakit cerebrovasculer pulmonalis lokal (Penjelasan hemodinamik). Penyebab kedua yaitu penyumbatan oleh emboli seperti timbulnya plak di lengkung aorta/pembuluh ekstrakranial atau dari hati (penjelasan emboli).

Kedua mekanisme itu yang biasanya terjadi pada Pasien TIA. Namun terbentuknya emboli ditemukan sebagai penyebab terbesar dari terjadinya TIA (Linsay & Ian, 2003).

Tanda-tanda utama dan simtom TIA dapat diidentifikasi dengan mengingat kata F.A.S.T yang merupakan kependekan dari *Face* (muka), *Arms* (lengan), *Speech* (perkataan), *Time* (waktu) (Nice, TT) yaitu: (1) *Face*, yaitu terjadinya perubahan bentuk pada satu sisi bagian wajah, tidak mampu untuk tersenyum dengan baik, mulut atau mata mereka terlihat mengalami perbedaan dari bentuk semula, (2) *Arms*, yaitu ketidakmampuan untuk mengangkat kedua lengannya dengan baik dan merasakan kelemahan pada kedua lengannya, (3) *Speech* yaitu ketidakmampuan untuk berbicara dengan jelas, (4) *Time* yaitu waktu terjadi simtom-simtom tersebut tidak lebih dari 24 jam.

Hal terpenting yang harus dilakukan pada pasien TIA adalah segera melakukan pemeriksaan dan perawatan secepatnya untuk meminimalisir resiko dari TIA yang lebih besar atau untuk menghindari terjadinya stroke.

Gejala-gejala TIA juga mirip pada pasien yang mengalami stroke yang mengalami kelemahan atau mati rasa pada salah satu sisi tubuh, ketidakmampuan untuk berbicara atau memahami bahasa, atau kurangnya koordinasi gerak kecuali pada mereka yang sudah sembuh dari TIA yang dialami sebelumnya. Ada kombinasi dari simtom TIA yang menggambarkan tentang simtom stroke. yang beberapa saat dapat menjadi indikator sebagai kemungkinan terjadinya TIA, diantaranya terjadinya kelemahan atau mati rasa pada bagian wajah, lengan, salah satu bagian kaki; kehilangan kemampuan berbicara, salah ucap, atau ketidakmampuan dalam memahami perkataan; kehilangan penglihatan yang terjadi pada 1 mata atau kedua mata; tiba-tiba mengalami penglihatan yang menjadi kabur, tiba-tiba menjadi pusing; tiba-tiba mengalami keadaan yang tidak tenang, kurangnya koordinasi gerak, kesulitan berjalan atau menjadi terjatuh; tiba-tiba mengalami pusing yang luar biasa; mengalami perubahan kepribadian atau kemampuan mental meliputi kehilangan memori. Salah satu simtom yang umumnya terjadinya pada TIA adalah kebutaan monocular yang bersifat sementara yang disebut *amaurosis fugax* (*flight of darkness*). Ini merupakan suatu distorsi penglihatan yang terjadi pada satu mata yang sering digambarkan sebagai adanya kabut, awan, bayangan kabur, noda yang ada pada mata atau sensasi buta yang ada pada bagian bawah mata (Brass, TT).

Ada faktor yang bisa dirubah dan ada faktor yang tidak bisa dirubah pada TIA. Faktor TIA yang tidak bisa diubah, seperti riwayat keluarga, umur, jenis kelamin, dan ras. Namun, banyak faktor risiko yang bisa dikontrol, seperti berikut: tekanan darah tinggi (tekanan darah > 140/90 mmhg), penyakit jantung (pernah terkena serangan jantung, kebocoran katup jantung, detak jantung yang tak teratur, fibrilasi atrial, penyakit katup jantung akut), diabetes atau kencing manis, kadar kolesterol LDL tinggi atau HDL

rendah, trigliserida tinggi, kadar homosistein tinggi, kelainan darah, kegemukan, perilaku gaya hidup yang merugikan (merokok, kurang berolah raga) (Dewanto, 2009). Namun meskipun begitu evaluasi untuk pasien TIA sama dengan pasien yang mengalami stroke. kebanyakan pasien harus mendapatkan perawatan dirumah sakit karena memperhatikan kemungkinan terjadinya stroke dan seharusnya membutuhkan perawatan secara cepat pada saat terjadinya hal tersebut (Brass, TT). Pasien stroke ringan atau TIA dapat terjadi pada umur berapapun. Hal ini dapat dilihat pada tabel distribusi umur pada pasien stroke ringan berdasarkan berbagai hasil penelitian yang dilakukan oleh berbagai ahli (dalam I4six, TT), yaitu:

Tabel 1. Faktor resiko stroke ringan atau TIA

Penulis	Sampel	Hipertensi	Diabetes Melitus	Penyakit Pembuluh Darah Perifer	Penyakit Jantung
Dyken M.	1328	52%	18%	17%	55%
Toolej. F	160	64%	28%	24%	47%
Baker R.N	41	63%	6%	11%	41%
Baver R.B	1225	40%	16%	21%	19%
Rata-rata		54,75%	17%	18,25%	40,5%

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes melitus, penyakit pembuluh darah perifer, dan penyakit jantung dapat menjadi faktor resiko timbulnya stroke ringan atau TIA. Hipertensi dan penyakit jantung menjadi faktor resiko yang paling tinggi yang dapat menimbulkan terjadinya stroke ringan atau TIA.

Hipotesa

Ada perbedaan resiliensi diantara pasien stroke ringan laki-laki dan perempuan.

METODE PENELITIAN

Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif korelasi, dimana peneliti akan menganalisa hubungan antara kepemimpinan transformasional dengan komitmen organisasi karyawan.

Subjek Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien stroke ringan. Sedangkan sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang terdiagnosa stroke ringan atau TIA (*transient ischemic attack*) yang ada di Poli Neurologi RSUD DR Saiful Anwar. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *purposive sampling* (Sugiyono, 2008). Teknik *purposive sampling* merupakan teknik penetapan sampel yang karakteristiknya sudah ditentukan dan diketahui lebih dahulu berdasarkan ciri-ciri dan sifat populasinya (Winarsunu,

2009). Berdasarkan teknik *purposive sampling* didapatkan subjek penelitian sebanyak 7 pasien yang terdiri dari 4 pasien laki-laki dan 3 pasien perempuan.

Variabel dan Instrumen Penelitian

Variabel yang dikaji dalam penelitian ini adalah resiliensi. Resiliensi yaitu kemampuan seseorang untuk bertahan, bangkit, dan menyesuaikan dengan kondisi yang sulit. Metode pengumpulan data variabel resiliensi dengan menggunakan *resilience scale-14* yang di telah disusun oleh Wagnild dan Young (2009). Skala resiliensi ini berisi 14 item. Skala resiliensi memiliki koefisien realibilitas sebesar 0,93. Skala resiliensi ini dibuat berdasarkan 5 karakteristik yang terdiri dari 2 faktor yaitu faktor *personal competence* yang mengukur komponen *perseverance* dan *self reliance* dan faktor *acceptance of self and life* yang mengukur komponen *meaningfulness*, *equanimity*, dan *existential aloness* (Wagnild & Young, 1993).

Pada penelitian ini hanya akan menggunakan validitas isi dengan tipe validitas logis. Validitas isi ini digunakan karena dalam penelitian ini mengalami keterbatasan untuk mendapatkan pasien stroke ringan dengan jumlah yang lebih banyak sehingga hal tersebut membuat peneliti tidak melakukan perhitungan uji validitas pada skala resiliensi-14 yang telah diterjemahkan dan dimodifikasi khusus untuk diberikan pada pasien stroke ringan.

Validitas isi merupakan validitas yang diestimasi lewat pengujian terhadap kelayakan atau relevansi isi tes melalui analisis rasional oleh panel yang berkompeten atau melalui *expert judgement*. (Azwar, 2012). *Expert judgement* pada penelitian ini adalah 2 orang dosen pembimbing sekaligus seorang psikolog yang membantu peneliti untuk menerjemahkan dan memodifikasi setiap item-item yang ada didalam setiap aspek pada skala resiliensi-14 yang khusus akan diberikan kepada pasien stroke ringan.

Validitas logis disebut juga validitas sampling (*sampling validity*) karena validitas ini menunjuk pada sejauhmana setiap item tes merupakan representasi dari ciri-ciri atribut yang hendak diukur (Azwar, 2012). Jadi dalam penelitian ini tidak dilakukan perhitungan validitas dengan menggunakan uji *try out* sebelum melakukan pengambilan data penelitian. Penelitian ini sebatas mengungkap setiap aspek yang terkandung dalam alat ukur penelitian yaitu berupa skala resiliensi-14 melalui setiap item yang telah dibuat didalamnya, apakah item-item yang telah diterjemahkan dan dimodifikasi tersebut mampu merepresentasikan setiap aspek yang hendak diukur pada skala resiliensi-14.

Prosedur dan Analisa Data Penelitian

Prosedur dalam penelitian ini terdiri dari tiga tahap, yaitu persiapan, pelaksanaan, dan analisa. Tahap persiapan diawali dengan mempersiapkan instrument penelitian yaitu skala resiliensi-14. Selanjutnya menentukan subjek penelitian dan mempersiapkan surat penelitian yang akan ditujukan pihak Rumah Sakit Saiful Anwar Malang. Peneliti mengisi berkas *Ethical Clearance* yang diberikan pihak RSUD DR Saiful Anwar Malang yang merupakan salah satu berkas persyaratan untuk melakukan penelitian. Kemudian meminta izin kepada kepala Instalasi Rawat Jalan RSUD DR Saiful Anwar Malang untuk melakukan penelitian di Poli Neurologi.

Tahap kedua yaitu pelaksanaan dimana peneliti yang telah mendapatkan rekam medic pasien yang terdiagnosa stroke ringan atau TIA (*transient ischemic attack*) memberikan skala resiliensi-4 kepada 7 pasien. Instrument yang disebarkan sebanyak 14 skala.

Tahap terakhir yaitu analisa data dengan menggunakan SPSS 21 *for windows* dalam pengolahan data statistik dengan menggunakan uji non parametrik dengan teknik uji *mann-whitney u*. Uji non parametrik digunakan dalam penelian ini karena jumlah subyek penelitian yang sedikit yang didapatkan di Poli Neurologi RSUD DR Saiful Anwar Malang. Sedangkan teknik uji *mann-whitney u* digunakan untuk menguji apakah terdapat perbedaan resiliensi pada para pasien stroke ringan dengan jenis kelamin laki-laki dengan para pasien stroke ringan dengan jenis kelamin perempuan (Reksoatmodjo, 2007).

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Deskripsi Subyek Penelitian

Kategori	Prosentase
Usia	
40-49 Tahun	3 orang (42,9 %)
50-59 Tahun	3 orang (42,9 %)
70-79 Tahun	1 orang (14,2 %)
Serangan Stroke Ke-	
1x	3 orang (42,8 %)
2x	2 orang (28,6 %)
3x	2 orang (28,6 %)
Jenis kelamin	
Laki-laki	4 orang (57,1 %)
Perempuan	3 orang (42,9 %)
Riwayat Penyakit yang pernah dialami Sebelumnya	
Hipertensi	2 orang (28,6%)
Jantung	1 orang (14,2%)
Sesak nafas	1 orang (14,2%)
Diabetes dan Kolesterol	1 orang (14,2%)
Tidak Ada	2 orang (28,6%)
Ada Riwayat Keluarga Yang Mengalami Stroke Ringan	
Ya	2 Orang (28,6 %)
Tidak	5 Orang (71,4 %)

Pada table 1 menunjukkan bahwa pasien stroke ringan terdiri 7 pasien yang terdiri dari 4 pasien laki-laki (57,1%) dan 3 pasien perempuan (42,9%). Sedangkan usia pasien dibagi dalam 3 rentang usia. Rentang usia 40-49 tahun terdiri dari 3 pasien (42,9%), 50-59 tahun terdiri dari 3 pasien (42,9%), dan 70-79 tahun terdiri dari 1 pasien (14,2%). Serangan stroke ringan yang dialami pasien juga menunjukkan jumlah yang berbeda. Pasien yang mengalami serangan stroke ringan yang pertama terdiri dari 3 pasien

(42,8%), serangan stroke ringan yang kedua terdiri 2 pasien (28,6%), dan serangan stroke ringan ringan yang ketiga juga terdiri dari 2 pasien (28,6%).

Pada tabel ini juga menunjukkan bahwa terdapat pasien stroke ringan yang didalam keluarganya memiliki penyakit stroke ringan yang sama dengan dirinya yang terdiri dari 2 pasien (28,6%) sedangkan sebanyak 5 pasien (71,4%) menyatakan bahwa tidak ada pihak keluarga yang mengalami stroke ringan seperti yang dialami dirinya. Selain itu ada pasien stroke ringan memiliki riwayat penyakit tertentu sebelum mengalami serangan stroke ringan, yang terdiri dari 2 pasien (28,6%) yang mengalami riwayat penyakit hipertensi, 1 pasien (14,2%) yang mengalami riwayat penyakit jantung, 1 pasien (14,2%) yang mengalami riwayat penyakit sesak nafas, 1 pasien (14,2%) yang mengalami riwayat penyakit diabetes dan kolesterol sedangkan terdapat 2 pasien yang menyatakan bahwa tidak memiliki riwayat penyakit tertentu sebelum mengalami serangan stroke ringan.

Tabel 2. Nilai Resiliensi Pasien Stroke Ringan Laki-Laki dan Perempuan

Inisial Subyek	Jenis Kelamin	Nilai Resiliensi	Serangan Stroke
AS	Laki-laki	76	2x
ASN	Laki-laki	77	1x
AMP	Laki-laki	62	3x
MS	Laki-laki	57	1x
QM	Perempuan	82	1x
SS	Perempuan	90	2x
SB	Perempuan	44	3x

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa pasien stroke ringan perempuan memiliki nilai resiliensi tertinggi dibandingkan dengan nilai yang dihasilkan oleh para pasien stroke ringan laki-laki yaitu dengan nilai 90. Meskipun begitu, diketahui juga bahwa nilai resiliensi terendah dimiliki oleh pasien stroke ringan perempuan dengan nilai 44.

Tabel 3. Hasil Analisis Uji Mann-Whitney U

Jenis Kelamin	N	Mean Rank	Sum of Rank
Laki-laki	4	3,50	14,00
Perempuan	3	4,67	14,00
Total	7		

Tabel 3 diatas menunjukkan nilai *Mean Rank* dan *Sum Rank*. Nilai tersebut diperoleh dengan mengurutkan nilai para pasien stroke ringan dan mengubahnya ke dalam satuan ordinal. Rata-rata nilai disebut *Mean Rank* sedangkan jumlah kumulatifnya disebut *Sum of Rank*.

Tabel 4. Tabel Tes Statistik

Test Statistics ^a	
Nilai	
Mann-Whitney U	4.000
Wilcoxon W	14.000
Z	-.707
Asymp. Sig. (2-Tailed)	.480
Exact Sig. [2*(1-Tailed Sig.)]	.629

- a. Grouping Variable: Jenis_Kelamin
- b. Not corrected for ties.

Hasil analisa data uji *mann-whitney u* menunjukkan nilai Asyp sig, (2-tailed) 0,480 > 1/2 α ; $\alpha = 0,01$. Hal ini menunjukkan bahwa berarti tidak ada perbedaan resiliensi pada pasien stroke ringan laki-laki dan perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa hipotesa dalam penelitian ini ditolak.

DISKUSI

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa nilai Asyp sig, (2-tailed) 0,480 > 1/2 α ; $\alpha = 0,01$. Hal ini menunjukkan bahwa hipotesa dalam penelitian ini ditolak yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan resiliensi diantara pasien stroke ringan laki-laki dan perempuan. Penelitian ini selaras dengan penelitian yang dikemukakan oleh Susilo (2013) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan resiliensi pada orang tua laki-laki dan perempuan yang memiliki anak ADHD dan autisme.

Menurut Connor (2006) resiliensi disebut sebagai keterampilan *coping* saat dihadapkan pada tantangan hidup atau proses individu untuk tetap sehat (*wellness*) dan terus memperbaiki diri (*self repair*). Individu yang resilien adalah individu yang mampu secara cepat kembali kepada kondisi sebelum trauma, terlihat kebal dari berbagai peristiwa-peristiwa kehidupan yang negatif, serta mampu beradaptasi terhadap stres yang ekstrim dan kesengsaraan (Holaday, 1997). Wagnild dan Young (1993) menyebutkan bahwa ada lima karakteristik resiliensi yang harus dimiliki oleh individu yang resilien. Individu yang resilien memiliki karakteristik sikap *perseverance*, *equanimity*, *meaningfulness*, *self reliance*, dan *existial aloness*.

Perseverance merupakan suatu sikap individu tetap bertahan dalam menghadapi situasi yang sulit. Pada sikap ini ini dibutuhkan kedisiplinan pada diri individu ketika berjuang menghadapi situasi yang sulit dan kurang menguntungkan baginya; *equanimity* merupakan suatu perspektif yang dimiliki oleh individu mengenai hidup dan pengalaman-pengalaman yang dialaminya semasa hidup yang dianggap merugikan. Namun demikian individu harus mampu untuk melihat dari sudut pandang yang lain sehingga individu tersebut dapat melihat hal-hal yang lebih positif daripada hal-hal negatif dari situasi sulit yang sedang dialaminya; *meaningfulness* merupakan kesadaran individu bahwa hidupnya memiliki tujuan dan diperlukan usaha untuk mencapai tujuan tersebut. Tujuan mendorong individu untuk melakukan sesuatu dalam hidup tak

terkecuali ketika individu tersebut mengalami kesulitan, tujuanlah yang membuat individu terus berjuang menghadapi kesulitan tersebut; *self reliance* merupakan keyakinan pada diri sendiri dengan memahami kemampuan dan batasan yang dimiliki oleh diri sendiri. Individu yang resilien sadar akan kekuatan yang dimiliki dan mempergunakannya dengan benar sehingga dapat menuntun setiap tindakan yang ia lakukan. Individu yang resilien mampu belajar dari pengalaman hidup yang didapatnya setiap hari dan mampu mengembangkan berbagai pemecahan masalah yang dihadapinya dan *existential aloness* merupakan kesadaran bahwa setiap individu unik dan beberapa pengalaman dapat dihadapi bersama namun ada juga yang harus dihadapi sendiri. Individu yang resilien belajar untuk hidup dengan keberdayaan dirinya sendiri. Individu tidak terus menerus mengandalkan orang lain, dengan kata lain mandiri dalam menghadapi situasi sulit apapun sehingga individu menjadi lebih menghargai kemampuan yang dimilikinya.

Coulson (2006) juga mengemukakan bahwa terdapat empat proses yang dapat terjadi ketika seseorang mengalami situasi cukup menekan (*significant adversity*), yaitu *succumbing*, *survival*, *recovery*, dan *thriving*. *Succumbing* (mengalah) merupakan tahap pertama dalam proses resiliensi. *Succumbing* merupakan istilah untuk menggambarkan kondisi yang menurun dimana individu mengalah atau menyerah setelah menghadapi suatu ancaman atau kondisi yang menekan. Tahap ini merupakan kondisi ketika individu menemukan atau mengalami kemalangan yang terlalu berat bagi mereka. Tahap kedua adalah *survival* (bertahan). Pada level ini individu tidak mampu meraih atau mengembalikan fungsi psikologis dan emosi yang positif setelah saat menghadapi tekanan. Individu pada kondisi ini dapat mengalami perasaan, perilaku, dan kognitif negatif berkepanjangan seperti, menarik diri, berkurangnya kepuasan kerja, dan depresi. Tahap ketiga adalah *recovery* (pemulihan). *Recovery* (pemulihan) merupakan kondisi ketika individu mampu pulih kembali (*bounce back*) pada fungsi psikologis dan emosi secara wajar, dan dapat beradaptasi terhadap kondisi yang menekan, meskipun masih menyisahkan efek dari perasaan yang negatif. individu dapat kembali beraktivitas dalam kehidupan sehari-harinya, menunjukkan diri mereka sebagai individu yang resilien dan tahap terakhir dalam proses resiliensi adalah *thriving* (berkembang dengan pesat). Pada kondisi ini individu tidak hanya mampu kembali pada level fungsi sebelumnya setelah mengalami kondisi yang menekan, namun mereka mampu minimal melampaui level ini pada beberapa aspek. Proses pengalaman menghadapi dan mengatasi kondisi yang menekan dan menantang hidup mendatangkan kemampuan baru yang membuat individu menjadi lebih baik. Hal ini termanifestasi pada perilaku, emosi, dan kognitif seperti, *sense of purpose of in life*, kejelasan visi, lebih menghargai hidup, dan keinginan akan melakukan interaksi atau hubungan sosial yang positif. Oleh karena itu, individu yang resilien harus mampu melewati segala proses resiliensi tersebut agar mampu melewati segala situasi yang sulit dan kembali bangkit menjalani kehidupan dengan lebih baik.

Menurut Holaday dan Phearson (1997) ada tiga faktor yang dapat mempengaruhi resiliensi yaitu *psychological resources* yang termasuk di dalamnya adalah *locus of control internal*, empati, rasa ingin tahu, cenderung mencari hikmah dari setiap pengalaman, dan selalu fleksibel dalam menghadapi situasi.; *social support* yang terdiri dari pengaruh budaya, dukungan komunitas, individu, keluarga, budaya dan komunitas

dimana individu tinggal juga dapat mempengaruhi resiliensi; dan *cognitive skills* yang berupa intelegensi, gaya *coping*, kemampuan untuk menghindarkan diri dari menyalahkan diri sendiri, kontrol personal, dan spritualitas.

Melihat penjelasan diatas dapat dilihat bahwa jenis kelamin tidak termasuk faktor yang dapat mempengaruhi resiliensi pada individu termasuk pada pasien stroke ringan atau TIA (*transient ischemic attack*). Jenis kelamin hanya merupakan pensifatan atau pembagian dua jenis kelamin manusia yang ditentukan secara biologis melekat pada jenis kelamin tertentu dan berkaitan dengan ciri fisik dan alat reproduksi. (Fakih, 1996). Jenis kelamin juga disebutkan bahwa merupakan salah satu faktor yang tidak bisa dirubah pada pasien stroke ringan atau TIA (Dewanto, 2009).

Pasien stroke ringan merupakan pasien yang mengalami defisit neurologis yang membaik dalam waktu kurang dari 30 menit/gejala neurologis yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak yang akan menghilang dalam waktu 24 jam (Dewanto, 2009). Stroke ringan atau TIA merupakan suatu peringatan penting terjadinya infarksi serebral (kematian jaringan otak) yang dapat mengakibatkan terjadinya stroke yang sesungguhnya (Brass, TT). Oleh karena itu pasien stroke ringan rentan terkena stroke yang sesungguhnya jika tidak mampu menjaga kondisinya dengan baik. Disini terlihat bahwa pasien stroke ringan laki-laki dan perempuan sama-sama membutuhkan banyak perhatian, motivasi, dan dukungan keluarga dan lingkungan sosialnya baik berupa dukungan moril dan emosional agar mereka tidak merasa putus asa dengan penyakit stroke ringan yang saat ini dialaminya sehingga mereka tetap dapat menjalani hidupnya dengan baik dengan menciptakan pola hidup yang lebih sehat. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Saragih (2010) pada pasien kanker yang mengikuti kemoterapi yang menyatakan bahwa dukungan emosional sangat diperlukan karena dengan adanya dukungan emosional dari partisipasi keluarga maka pasien tidak akan merasa sendiri dan akan merasa berkurang bebannya karena dapat mencurahkan segala perasaannya.

Jika pasien stroke ringan laki-laki dan perempuan mendapatkan banyak dukungan dari keluarga dan lingkungan sekitarnya, mereka akan memiliki kepercayaan diri yang baik sehingga mereka tidak memandang dirinya sebagai seseorang yang sendirian dalam menghadapi permasalahan yang timbul akibat penyakit stroke ringan yang dialaminya, menjadi merasa bernilai dan tetap dibutuhkan oleh orang lain. Selain itu, dukungan dari keluarga dan lingkungan sekitar juga dapat membuat mereka memiliki kontrol diri yang lebih baik lagi sehingga mereka dapat berpikir lebih rasional dan cenderung tidak menyalahkan diri sendiri dan Tuhan dengan keadaan yang dialaminya, namun mereka akan cenderung lebih mencari hikmah dari setiap kejadian dalam hidupnya dan dapat lebih mendekatkan diri pada Tuhan yang maha Esa yang dapat membuat mereka menjadi lebih dewasa dan bijaksana dalam menyikapi penyakit stroke ringan yang dialaminya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Indirawati (2006) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang positif antara kematangan beragama dengan kecenderungan strategi coping yang digunakan yaitu *problem focused coping* yang berarti semakin tinggi kematangan beragama yang diperoleh seseorang maka akan semakin tinggi kecenderungan strategi *copingnya* menuju kepada *problem*

focused coping saat orang tersebut mengalami permasalahan baik pada laki-laki maupun perempuan.

Berdasarkan informasi diatas didapatkan kesimpulan bahwa jenis kelamin tidak mempengaruhi perbedaan resiliensi pada pasien stroke ringan laki-laki dan perempuan. Resiliensi dipengaruhi oleh faktor-faktor yang timbul didalam dan diluar diri para pasien stroke ringan, baik pada stroke ringan laki-laki dan perempuan seperti kontrol diri, kedewasaan diri, spiritualitas, dan dukungan sosial. Hal-hal tersebut yang membuat resiliensi yang dimiliki oleh pasien stroke ringan laki-laki dan perempuan menjadi lebih baik sehingga mereka dapat lebih berpikir rasional dan arif dalam menghadapi segala permasalahan yang timbul dari penyakit stroke ringan yang dialaminya dan terus berjuang menciptakan kehidupan yang lebih baik. Namun sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan, peneliti juga menemukan keterbatasan dalam penelitian. Peneliti hanya mendapatkan sedikit pasien stroke ringan yaitu sebanyak 7 pasien. Hal tersebut membuat peneliti tidak dapat menganalisa secara mendalam mengenai faktor-faktor lain yang kemungkinan dapat mempengaruhi resiliensi pada pasien stroke ringan laki-laki dan perempuan seperti tingkat pendidikan, usia, dan jumlah serangan stroke ringan yang dialami pasien.

SIMPULAN DAN IMPLIKASI

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan resiliensi diantara pasien stroke ringan laki-laki dan perempuan dengan nilai Asyp sig, (2-tailed) $0,480 > 1/2 \alpha$; $\alpha = 0,01$.

Implikasi dari penelitian ini adalah bagi keluarga diharapkan selalu memberikan dukungan dan motivasi terhadap subyek penelitian agar tidak menyerah dengan penyakit stroke ringan yang dialaminya dengan selalu menjaga kesehatan dan menjalani pola hidup yang lebih baik dari sebelumnya. Bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan penelitian dengan menggunakan variable resiliensi diharapkan menghubungkan dengan variable yang lain, misalnya *subjective well being*, *happiness*, dan sebagainya. Selain itu diharapkan melanjutkan penelitian dengan menambah sampel penelitian.

REFERENSI

- Asmita, S. Hi. (2007). *Motivasi belajar ditinjau dari perbedaan jenis kelamin dan status mahasiswa di Universitas Islam Negeri Malang*. Skripsi, Fakultas Psikologi Universitas Maulana Malik Ibrahim, Malang.
- Azwar, S. (2012). *Reliabilitas dan validitas (Edisi ke-4)*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Barends, M.S. (2004). *Overcoming adversity: An investigation of the role of resilience constructs in the relationship between socioeconomic and demographic factors and academic coping*. Diakses tanggal 8 juni 2013, dari http://ww3.uwc.ac.za/docs/%20Library/Theses/Theses%202005%201st%20Grad/Barends_m_s.pdf.

- Brass, L. M. (TT). *Stroke*. Diakses tanggal 10 juni 2013, dari <http://www.Iristrial.org/teleforms/documents/stroke.pdf>
- Brizendine, L. (2007). *The female brain*. (Terj. Meda Satrio). Jakarta: Ufuk Press.
- Connor, M. K. (2006). Assesment of resilience in the aftermath trauma. *Journal of clinical psychiatry*, 67, 46-49.
- Coulson, R. (2006). *Resilience and self-talk in*. Thesis. University Students: University of Calgary.
- Dewanto, G. (2009). *Diagnosis & tata laksana penyakit saraf (cetakan ke 1)*. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC, Departemen Ilmu Penyakit Saraf Fk Unika Atmajaya.
- Davison, G. C. (2006). *Psikologi abnormal (Edisi ke-9)*. (Terj. Noermalasari Fajar). Jakarta: PT.Grafindo Persada.
- Eisenberg, N. (2003). The reaction of effortfull control and ego control to children's resilience and social functioning. *Journal developmental psychology*, 39, 761-776.
- Fakih, M. (1996). *Menggeser konsep gender dan transformasi sosial*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Figley, Charles. (TT). *The 14 item resilience scale-14*. Diakses tanggal 12 juni 2013, dari http://ja.cuyahogacounty.us/pdf_ja/en-US/defendingchildhood/DrCharlesFigley-scoring_scalesheets.pdf
- Gladstone. (2006). The high-risk TIA patient: Part one diagnosis. *The canadian journal of CME*, diakses 7 november 2013 dari <http://www.stacommunications.com/journals/cme/2008/03-march%202008/062-TIA%20diagnosis.pdf>.
- Hamilton, S., & Fagot, B.I. (1988). Chronic stress and coping styles: A comparison of male and female undergraduates. *Journal of personality and social psychology*, 55, 819-822.
- Helton, L.R., & Smith, M. K. (2004). *Mental health practice with children and youth*. New York : The Hawort Social Work Practice Press.
- Henderson, N., & Milstein, M. M. (2003). *Resiliency in schools: Making it happen for students and educators*. Thousand Oaks, Corwin Press, CA.
- Holaday & Phearson. (1997). Resilience and severe burns. *Journal of counseling and Development*, 75,(5); 346-356.

- Indirawati. E. (2006). Hubungan antara kematangan beragama dengan kecenderungan strategi *coping*. *Jurnal psikologi Universitas Diponegoro Vol.3 No. 2, desember 2006*, diakses tanggal 7 november 2013 dari <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/psikologi/Article/viewfile/658/532>
- Isacson, B. (2002). *Characteristic and enchancement of resiliency in young children*. Diakses tanggal 8 juni 2013 dari <http://rumahbelajarpikologi.com/2008/02/resiliency.html>.
- Johson, R. T. (2006). *Current therapy in neurologic disease (7th ed)*. New York: Mosby Elsevier.
- Kneebone, I. & Nadina, B. L. (2012). Psychological problems after stroke and their management: state of knowledge. *Journal neuroscience&medicine*, 2012, 3, 83-89. Diakses tanggal 9 juni 2013, dari <http://www.SciRP.org/journal/nm>.
- Kring, A. M. (2007). *Abnormal psychology (10th ed)*. United States of America: John Wiley and Sons, Inc.
- LaFramboise, T. D. (2006). *Family, community, and school influences on resilience among american indian adolescents in the upper Midwest*, 34, 193-209.
- Linsay, K. W. & Ian, B. (2003). *Neurology and neuro surgery illustrated (4th ed)*. New Yok: Churchill livingstone.
- Lumbantobing, S.M. (2002). *Stroke bencana peredaran darah di otak*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Major, A.M. (1999). Gender differences in risk and communication behavior: Response to the New Madrid earthquake prediction. *International journal of mass emergency and disasters*, 17, 313-338.
- Nice. (TT). *Transient ischemic attack: Introduction*. Diakses tanggal 9 november 2013, dari <http://www.evidence.nhs.uk/topic/transient-ishaemic-attacks>.
- Paramita, F. P. (2012). *Hubungan antara resiliensi dan coping pada remaja akhir yang memiliki orang tua penderita kronis*. Skripsi, Fakultas Psikologi Program Studi Sarjana Reguler Universitas Indonesia, Jakarta.
- Revich, K., & Chatte, A. (2002). *The resilience factor: 7 essential skill for overcoming life's inevitable abstacle*. New York: Random House inc.
- Rinaldi. (2010). Resiliensi pada masyarakat kota padang ditinjau dari jenis kelamin. *Jurnal Psikologi*, 3, 2, Juni 2010, diakses tanggal 8 juni 2013 dari <http://ejournal.gunadarma.ac.id/index.php/psiko/article/download/225/169>.

- Santrock. (2002). *Life-span development: Perkembangan masa hidup (Edisi Ke-5 Jilid 1)*. (Terj. Juda Damanik & Achmad Chusairi). Jakarta: Erlangga.
- Saragih, R. (2010). Peranan dukungan keluarga dan koping pasien dengan penyakit kanker terhadap pengobatan kemoterapi di RB1 Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan tahun 2010. *Jurnal keperawatan*. Diakses tanggal 7 november 2013 dari <http://uda.ac.id/jurnal/files/Rosita%20Saragih2.pdf>.
- Sugiyono. (2008). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D (cetakan keempat)*. Bandung: Alfabeta.
- Susilo, H., I. (2013). *Resiliensi pada orang tua yang memiliki anak ADHD dan autisme*. Skripsi, Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, Jakarta.
- Tugade, Fredrickson, & Barret (2005). Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of personality 72:6, december 2004*. Diakses tanggal 9 juni 2013 dari <http://faculty.vassar.edu/mitugade/resil&gran.jofpers.pdf>.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology, 24, (2), 320-333*.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of nursing measurement, 1, (2), 1993*. Dari http://www.sapibg.org/attachments/article/1054/wagnild_1993_resilience_scale_2.pdf.
- Wagnild, G.M., & Young, H.M. (2009). *The 14-item resilience scale (RS-14)*. Diakses tanggal 9 juni, dari http://www.resiliencescale.com/en/rstest/rstest_14_en.html.
- Wolin, S., & Wolin, S. (1999). *Project resilience*. Diakses tanggal 8 juni 2013, dari <http://projectresilience.com/2008/11/resasbahavior.html>.
- WHO. (2003). *Fakta-fakta tentang penyakit jantung dan stroke*. Diakses tanggal 8 juni 2013, dari <http://www.yayasanpedulijantungdanstroke.com>.
- Winarsunu. (2009). *Statistik dalam penelitian: psikologi dan pendidikan (Edisi Revisi)*. Malang: UMM Press.
- Yastroki. (2007). *Angka kejadian stroke meningkat tajam*. Diakses tanggal 8 juni 2013, dari <http://www.yastroki.or.id/read.php?id=317>.
- I4six. (2013). *TIA (transient ischemic attack)*. Diakses tanggal 9 november 2013, dari <http://i4six.wordpress.com/2013/06/05/tia-transient-ischemic-attack/>
Indoneuro.com/wpcontent/files/Strategi_Nasional_Pelayanan_Kesehatan_perki_p_erdossi_revisi.pdf diakses tanggal 7 november 2013.